



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

CASO CLÍNICO- REABILITAÇÃO ORAL NUM PACIENTE GERIÁTRICO

Trabalho submetido por
Yuliya Solovyova
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Junho de 2016



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

CASO CLÍNICO- REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTE GERIÁTRICO

Trabalho submetido por
Yuliya Solovyova
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutora Eduarda Carvalho Marques da Silva

Junho de 2016

Agradecimentos

A concretização deste mestrado integrado significa a finalização de uma etapa da minha vida e a realização de um grande sonho e só foi possível devido a um grande apoio das pessoas a minha volta às quais eu gostava de agradecer.

Em primeiro lugar quero agradecer a minha orientadora Prof. Doutora Maria Eduarda Silva e ao meu coorientador Prof. Doutor Vítor Tavares pelo seu envolvimento, orientação, acessibilidade e tempo disponibilizado.

Ao Prof. Doutor Paulo Maurício que sempre esteve disponível para me auxiliar nas questões da minha tese.

À minha mãe pela confiança e força que depositou em mim desde sempre e principalmente durante esses 5 anos. Aos meus amigos que são os grandes pilares da minha vida: Jorge Rocha, Maria Afonso e Marta Amorim que sempre estiveram ao meu lado. Sinto uma enorme gratidão por vos ter na minha vida, obrigada do fundo do meu coração.

Resumo

O tratamento em pacientes geriátricos é mais desafiador e complexo que em pacientes mais jovens devido a várias alterações orais associadas com a idade, como a diminuição de saliva, aspetos relacionados com a falta de dentes, incapacidade motora, redução mastigatória entre outros.

Este caso clínico é sobre um paciente geriátrico tendo como objetivo final a sua reabilitação oral. O tratamento abrange várias áreas da Medicina Dentária sendo estas áreas a Periodontologia, Dentisteria Restauradora, Cirurgia, Reabilitação Oral e claro a Geriatria.

Todas as consultas foram descritas nesse trabalho bem como o registo fotográfico de cada etapa, desde a primeira que foi a Triagem até a consulta final.

Este trabalho divide-se em três partes, começando pela Introdução Teórica, prosseguindo com a Apresentação do Caso Clínico e finalizando com o Relatório Final.

Palavras-chave: paciente geriátrico, odontogeriatrics, reabilitação oral, periodontologia

Abstract

Geriatric Patients Treatment is more challenging and complex than the same treatment in younger patients due to oral modifications occurred with age like the decrease in the amount of saliva, missing teeth, motor disability, masticatory reduction, etc.

The main purpose of this case report is to discuss the oral rehabilitation of a geriatric patient. This treatment covers Dentistry areas such as Periodontology, Restorative Dentistry, Surgery, Oral Rehabilitation and Geriatrics.

All the consultations and photographic records of each stage were included in this report, starting with the screening until the last consultation.

This thesis is divided in three parts: the theoretical introduction, the case report presentation and the final report.

Keywords: Geriatric Patient, Geriatrics, Oral Rehabilitation, Periodontology

Índice Geral

I - Introdução	11
1. Envelhecimento - Alterações fisiológica e patológicas.....	111
2. Geriatria e Odontogeriatrics	12
2.1. Polimedicação	12
2.2. Xerostomia.....	13
3. Doenças orais mais comuns num paciente Geriátrico	13
3.1. Cáries	13
3.2. Doença periodontal	14
3.3. Lesões orais.....	15
3.4. Desgaste dentário.....	16
II- Apresentação do caso clínico	17
1. 1ª e 2ª Consultas de Periodontologia – Diagnóstico e Status Radiográfico	23
2. 1ª Consulta de Cirurgia – Exodontia do 36 e 37.....	25
3. 3ª Consulta de Periodontologia – Consulta de Alisamento radicular do 1º e 2º quadrante	27
4. 1ª Consulta de Dentisteria Restauradora – Plano de tratamento	27
5. 1ª Consulta de Reabilitação Oral – História Clínica e Impressões Preliminares	28
6. 4ª Consulta de Periodontologia – Consulta de Alisamento Radicular de 3º e 4º quadrante	30
7. 2ª Consulta de Reabilitação Oral – Impressões Definitivas	30
8. 3ª Consulta de Reabilitação Oral – Registo Intermaxilar.....	31
9. 4ª Consulta de Reabilitação Oral – Prova de Dentes	33
10. 5ª Consulta de Periodontologia - Reavaliação.....	35
11. 5ª Consulta de Reabilitação Oral – Entrega da Prótese	37
12. Resultado final	40
13. Consultas Agendadas.....	44
III - Relatório do caso clínico.....	46
1. Triagem.....	46
2. Periodontologia	46
3. Cirurgia.....	52
4. Dentisteria Operatória.....	53
5. Reabilitação oral	54
6. Considerações finais.....	59
IV – Referências Bibliograficas.....	62

Índice de Figuras

Figura 1- Fotografia extra-oral frontal normal	17
Figura 2 - Fotografia extra-oral frontal a sorrir	18
Figura 3 - Fotografia extra-oral de perfil direito	18
Figura 4 - Fotografia extra-oral de perfil esquerdo	19
Figura 5 - Ortopantomografia de dia 15/11/2015	19
Figura 6 - Fotografia intra-oral vista frontal	20
Figura 7 - Fotografia intra-oral vista frontal direita	20
Figura 8 - Fotografia intra-oral vista frontal esquerda.....	21
Figura 9 - Fotografia intra-oral vista oclusal superior	21
Figura 10 - Fotografia intra-oral vista oclusal inferior	22
Figura 11 - Ficha Dentária Internacional	22
Figura 12 - Destarização.....	23
Figura 13 - Periodontograma inicial da arcada superior	24
Figura 14 - Periodontograma inicial da arcada inferior	24
Figura 15 - Status Radiográfico	25
Figura 16 - Antes da exodontia do 36 e 37.....	26
Figura 17 - Dente 36 após exodontia	26
Figura 18 - Dente 37 após exodontia	27
Figura 19 - Restauração a resina composta da Classe V do 41.....	28
Figura 20 - Impressões preliminares.....	29
Figura 21 - Impressões preliminares vazados a gesso tipo III.....	29
Figura 22 - Alisamento Radicular do 3º Quadrante.....	30
Figura 23 – Moldeiras individuais perfuradas	31
Figura 24 - – Bloco de mordida para o Registo Intermaxilar	31
Figura 25 - Registo Intermaxilar vista frontal	32
Figura 26 - Registo Intermaxilar vista lateral direita.....	32
Figura 27 - Registo Intermaxilar vista lateral esquerda	33
Figura 28 - Prova de Dentes vista frontal (a direita) e oclusal (a esquerda)	33
Figura 29 - Prova de Dentes vista lateral direita.....	34
Figura 30 - Prova de Dentes vista lateral esquerda	34
Figura 31 - Periodontograma de Reavaliação das arcadas superior e inferior.....	36
Figura 32 - Prótese superior e inferior vista frontal.....	37
Figura 33 - Prótese superior vista lateral direita	38
Figura 34 - Prótese superior vista lateral esquerda	38
Figura 35 - Prótese inferior vista lateral direita	38
Figura 36 - Prótese inferior vista lateral esquerda	39
Figura 37 - Prótese superior colocada em boca vista oclusal.....	39
Figura 38 - Prótese superior colocada em boca vista oclusal.....	40
Figura 39 - Próteses superior e inferior em boca (vista frontal).....	40
Figura 40 - Próteses superior e inferior em boca (vista lateral direita)	41
Figura 41 - Próteses superior e inferior em boca (vista lateral esquerda)	41
Figura 42 - Fotografia extra-oral frontal normal final	42

Figura 43 - Fotografia extra-oral frontal a sorrir final	42
Figura 44 - Fotografia extra-oral de perfil esquerdo a sorrir final	43
Figura 45 - Fotografia extra-oral de perfil direito a sorrir final	44
Figura 46 - Fotopolimerização da restauração classe V do dente 32	54

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Guidelines para a determinação da Severidade de Periodontite.....	47
--	----

I - Introdução

Neste trabalho apresento um caso clínico multidisciplinar de um paciente geriátrico que apareceu na minha consulta e achei o caso bastante completo e interessante. Vou começar por abordar várias áreas de medicina dentária que se relacionam entre si e complementam o tratamento no âmbito de geriatria.

A Organização Mundial de Saúde (1999) estabeleceu o início da terceira idade aos sessenta anos nos países em desenvolvimento e 65 nos países desenvolvidos. Apesar do nosso paciente ter 61, sendo reformado e devido ao seu nível socioeconómico neste contexto pode ser inserido e caracterizado como paciente geriátrico.

1. Envelhecimento - Alterações fisiológica e patológicas

O corpo envelhece e sofre várias transformações reproduzindo assim as condições de vida e de trabalho que as pessoas perpassaram durante toda a sua vida. A cavidade oral não é a exceção, mas sim o espelho que reflete, na velhice, as condições em que as pessoas viveram, trabalharam e foram cuidadas. O processo de envelhecimento de uma pessoa não é um processo homogéneo, mas sim uma interação entre os fatores físicos, psicológicos, sociais, económicos e culturais. Envelhecer por um lado é um processo individual e por outro é marcado pelos padrões socioculturais de uma época. (Dias, 2006)

A pele dos idosos torna-se enrugada devido a perda de elasticidade, há diminuição do tónus muscular. A avulsão dos elementos dentários e a abrasão dos dentes remanescentes alteram a dimensão vertical podendo proporcionar a queilite angular e a aproximação do ápice nasal ao mento. A diminuição do volume salivar está associada com a atrofia glandular que se estabelece com a idade, para além de que a toma de certos medicamentos pode afetar a função de glândulas salivares proporcionando o aparecimento de xerostomia. A ausência de saliva ou a sua diminuição pode provocar o aparecimento de cáries de rampante, candidíase, disfagia e desconforto em mastigar e em usar a prótese. (Dias, 2006)

2. Geriatria e Odontogeriatría

Ahmed *et al* (2014) verificou o aumento de percentagem de idosos. Neste momento mais de 60% de população mundial é constituída por idosos. Estima-se que existem 841 milhões de pessoas idosas no mundo. Com as melhorias de cuidados de saúde aumentou-se a esperança média de vida, o que por sua vez aumentou o número de doenças crónicas. Por isso muitas vezes estes pacientes geriátricos são polimedicados.

Lamster *et al* (2008) afirma que cuidados de saúde orais em pacientes geriátricos são mais complexos que em pessoas mais novas. Isso deve-se ao facto das alterações orais associadas com a idade, como a diminuição de saliva ou incapacidade de fornecer cuidados adequados a si próprios, incapacidade motora, aspetos relacionados com falta de dentes, doença periodontal, redução de capacidade mastigatória entre outras. Pelo que a promoção de saúde oral nesses pacientes seja um desafio maior.

2.1. Polimedicação

O aumento da esperança média de vida levou ao aparecimento de diversas patologias relacionadas com a idade e uma maior prevalência das patologias crónicas. Assim sendo surge o conceito de polimedicação. (Sousa e Pires, 2011)

Médicos Dentistas devem informar-se constantemente sobre os medicamentos recém-comercializados e os que são usados com frequência nos pacientes geriátricos bem como as implicações dentárias desses medicamentos. É fundamental a formação especializada em odontogeriatría e consultas à literatura científica para a correta prescrição e gestão de todos os medicamentos usados pelo paciente geriátrico (Aubertin, 2010). Polimedicação é uma grande preocupação no cuidado dos pacientes geriátricos. Existem vários fatores que contribuem para este problema sendo que a identificação destes mesmos fatores constituem o primeiro passo para a abordagem do problema. A identificação dos indivíduos em risco de medicação, bem como a implementação de estratégias específicas para reduzir o problema vai possibilitar que a Indústria Farmacêutica desenvolva medicamentos seguros e baseados em evidência científica, minimizando assim o risco de reações adversas. O sucesso de tratamento em pacientes geriátricos não é necessariamente encontrar um determinado número de medicamentos e tentar ficar abaixo dele, mas sim encontrar o medicamento certo, na dosagem certa e

durante o período mais curto possível, observando sempre cada caso. O tratamento através desta abordagem individualizada ira proporcionar uma maior segurança e eficácia na prática dentária, melhorando significativamente a qualidade de vida destes pacientes conforme afirmam os autores Planton e Edlund (2010).

2.2. Xerostomia

A Xerostomia ou a sensação de boca seca é frequentemente descrita como sintoma na população idosa no entanto não é uma consequência direta do processo de envelhecimento. (National Institute of Dental and Craniofacial Research, 2014)

“No caso da polifarmácia os medicamentos que mais causam a xerostomia pertencem ao grupo farmacológico dos antidepressivos, ansiolíticos, sedativos, hipnóticos, anti psicóticos, neurolépticos, anti parkinsonianos, anti-hipertensivos, diuréticos e antieméticos. “ (Brunetti-Montenegro, 2013)

3. Doenças orais mais comuns num paciente Geriátrico

Num paciente geriátrico a saúde geral está mais comprometida e associada a hábitos pouco saudáveis tais como o tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, consumo de açúcar e higiene oral inadequada e a diversos fatores ambientais como baixo nível educacional, incapacidade financeira e acesso inadequado aos cuidados de saúde predispõem ao aumento da prevalência das doenças orais em idade avançada. (Brunetti-Montenegro, 2013) A perda dentária pode ser o resultado de cárie, de doença periodontal, trauma, extrações para tratamentos ortodônticos ou protésicos. (Lamster, 2008).

3.1. Cáries

Lamster et al. 2008 afirma que a cárie dentária é uma doença infecciosa que requer a presença de bactérias (*Streptococcus mutans*, *Lactobacillus*) o substrato e a suscetibilidade do hospedeiro. Os produtos resultantes de metabolismo bacteriano

podem provocar desmineralização do esmalte e da dentina e se o processo de desmineralização for superior ao processo de remineralização resulta a cárie dentária.

Idosos com mais de 65 anos continuam a ter dentes com cavitações tanto nas coroas como nas raízes por tratar. A cárie dentária continua a ser a causa maioritária de perda de dentes nos idosos. No entanto a prevalência desta doença infecciosa diminuiu em países industrializados, mas não em idosos economicamente desfavorecidos. (Tirth e Kumar, 2012)

Segundo Thomson (2013) as pessoas idosas com a cárie ativa aumentam em média uma superfície cariada por ano, não havendo diferença significativa nesse aumento entre a cárie da coroa e a cárie da raiz.

Sánchez-García (2010) no estudo realizado para identificar os fatores associados com o desenvolvimento da cárie radicular na população idosa num período de 12 meses concluíram que existe um aumento de prevalência da doença periodontal e isso implica um aumento da exposição da superfície radicular a níveis elevados de micro-organismos associados à cárie radicular (*Streptococcus Mutans e Lactobacilos*). Os indivíduos que têm limitações nas tarefas básicas diárias, os que fumam e os que não fazem bochechos com colutórios desinfetantes tiveram uma maior ocorrência de cárie radicular. Verificou-se uma associação positiva entre a experiência da cárie no passado com a atividade cariogénica na idade avançada. A conclusão desse estudo realizado na população idosa Mexicana foi que quanto maior número de superfícies expostas maior a probabilidade de desenvolver cárie radicular.

3.2. Doença periodontal

Segundo o Christoph e Ramseier (2009) a doença periodontal é a causa principal de perda de dentes em adultos. Esta doença é iniciada pelas bactérias residentes no biofilme gengival provocando uma resposta do hospedeiro, ocorrendo assim a inflamação dos tecidos moles e perda de osso de suporte.

O Biofilme bacteriano é constituído por várias espécies no entanto apenas um número limitado de agentes patogénicos foi associado a etiologia da periodontite, podendo estas bactérias atuar isoladamente ou em combinação. Tais espécies incluem: *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Bacteroides forsythus*, *Campilobacter rectus*, *Eubacterium nodatum*, *Fusobacterium nucleatum*, *Peptostreptococcus micros*,

Porphyromonas gingivalis, *Prevotella intermedia*, *Prevotella nigrescens*, *Streptococcus intermedius* e *Treponema sp.* (Dias, 2006)

A Gingivite e a Doença Periodontal estão associadas a uma pobre higiene oral embora algumas doenças sistémicas, comuns na população idosa, como a Diabetes podem aumentar o risco de desenvolver a Doença Periodontal. Na deficiente eliminação da placa bacteriana desenvolve-se a gengivite, tendo esta como sinais clínicos a inflamação e o sangramento, provoca também desconforto e mau hálito. A correta técnica de escovagem, a limpeza interdentária com ajuda do fio dentário e escovilhões pode inverter a gengivite, promovendo assim as gengivas saudáveis. Quando esta não é tratada pode progredir para a periodontite onde ocorre a destruição dos tecidos de suporte. Ocorre a receção gengival com exposição da raiz dentária, mobilidade e numa fase mais avançada pode ocorrer a perda das peças dentárias afetadas. A gengivite e periodontite não são consequências inevitáveis do envelhecimento e podem ser prevenidas através de boa higiene oral. (Daly e Smith, 2015)

3.3. Lesões orais

Na idade avançada a mucosa torna-se mais friável, as próteses mal adaptadas e os dentes partidos podem facilmente provocar úlceras. O paciente pode não se queixar da úlcera, no entanto o dentista pode suspeitar o seu aparecimento pelo facto do doente se recusar a comer, de tirar as próteses para comer ou mastigar apenas de um lado. A candidíase também é comum nos pacientes idosos que usam uma ou duas próteses dentárias associada a inadequada higiene oral. Apresenta-se como pequenas manchas brancas na mucosa junta das próteses e na língua. (Daly e Smith, 2015)

Cancro oral é o sexto cancro mais comum, com uma taxa anual de incidência 300 mil casos dos quais 62 por cento surge nos países em desenvolvimento. Cancro oral pode aparecer na língua, na mucosa jugal, no lábio e na faringe. A maior preocupação abrange os idosos com 65 anos ou mais, uma vez que estes têm 7 vezes maior probabilidade de apresentar cancro oral do que os idosos até 65 anos de idade. Há uma significativa diferença na incidência do cancro oral em diferentes regiões do mundo. As taxas de cancro oral podem variar de 20% na Índia, a 10% no Reino Unido e menos de 2% no Médio Oriente. Em comparação com a população do Reino Unido onde o cancro

oral manifesta a forma maligna em 3%, na Índia esse valor sobe para os 30% de todos os cancros. (Tirth e Kumar, 2012)

3.4. Desgaste dentário

É comum na população idosa como um efeito cumulativo de vários fatores relacionados com a idade, tais como a perda de várias peças dentárias a qual leva a um aumento da carga funcional sobre os dentes remanescentes, hábitos de morder objetos, refluxo gástrico, incorreto hábito de escovagem e dieta rica em componentes ácidos.

Num estudo realizado pelo National Survey of Adult Oral Health na Austrália o desgaste dentário foi comum nos pacientes idosos: 44,1% nas idades compreendidas entre 55 e 74 anos, e 50,5% para os que possuíam 75 anos ou mais. Os valores para o desgaste severo deram 7,8% e 12% respetivamente. Na pesquisa dada a cabo por Adult Dental Health Survey de 2009, no Reino Unido foi observado o desgaste dentário nas três superfícies nos seis dentes anteriores (vestibular, palatina e inscisa) e o resultado obtido dos seis dentes anteriores inferiores foi: algum desgaste, desgaste moderado e desgaste severo com exposição de dentina secundária ou polpa, respetivamente. Noventa e dois por cento dos dentados com idades compreendidas entre 65 e 74 tinham algum desgaste, 44% tinham desgaste moderado e 6% apresentavam desgaste severo. (Brunetti-Montenegro, 2013)

II- Apresentação do caso clínico

O nosso paciente C.R de 61 anos de idade, do sexo masculino é reformado e com um bom estado geral de saúde, porém à 5 anos atrás foi-lhe efetuada uma lobectomia, e desde aí tem feito visitas periódicas ao IPO. O motivo da primeira consulta foi “para ver o estado dos meus dentes” (sic). Não toma nenhum medicamento de momento, é um paciente motivado e assíduo às consultas. Escova os dentes duas vezes por dia. Tem uma configuração craniofacial dolicofacial, sem assimetrias faciais e com a dimensão vertical diminuída e nunca usou qualquer tipo de prótese dentária. Na primeira consulta de triagem foi elaborada a história clínica e o plano de tratamento, ortopantomografia (figura 5) e as fotografias extra-orais (figuras 1, 2, 3 e 4) e fotografias intra-orais (figuras 6, 7, 8, 9 e 10). Foi feita a palpação da articulação temporomandibular e a palpação dos músculos não referindo o paciente qualquer tipo de sintomatologia dolorosa.



Figura 1- Fotografia extra-oral frontal normal



Figura 2 - Fotografia extra-oral frontal a sorrir



Figura 3 - Fotografia extra-oral de perfil direito



Figura 4 - Fotografia extra-oral de perfil esquerdo

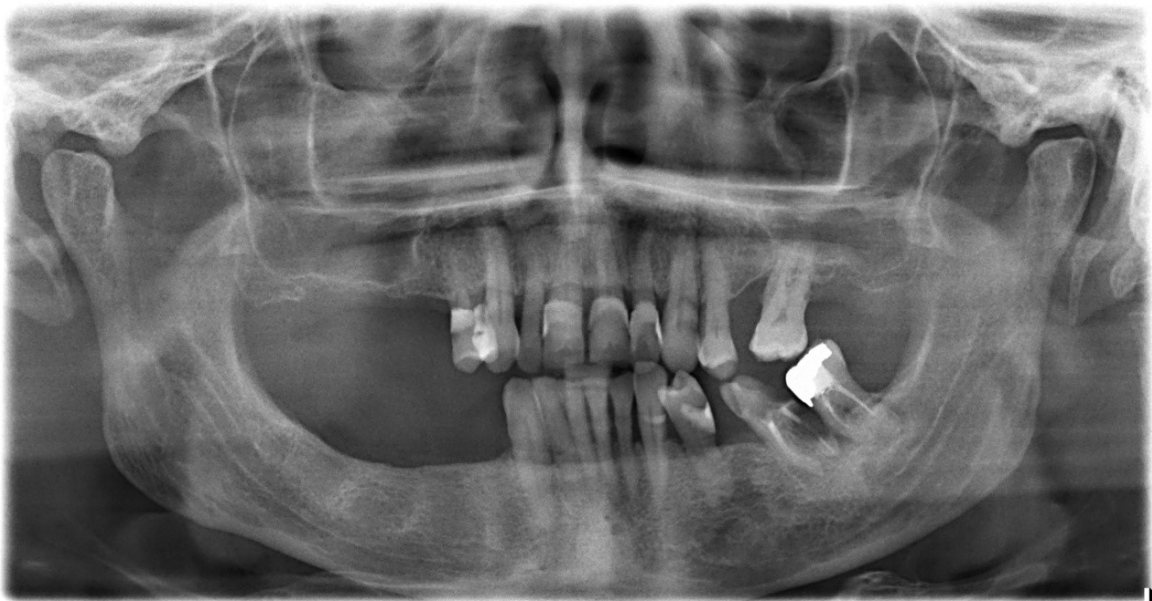


Figura 5 - Ortopantomografia de dia 15/11/2015



Figura 6 - Fotografia intra-oral vista frontal



Figura 7 - Fotografia intra-oral vista frontal direita



Figura 8 - Fotografia intra-oral vista frontal esquerda



Figura 9 - Fotografia intra-oral vista oclusal superior



Figura 10 - Fotografia intra-oral vista oclusal inferior

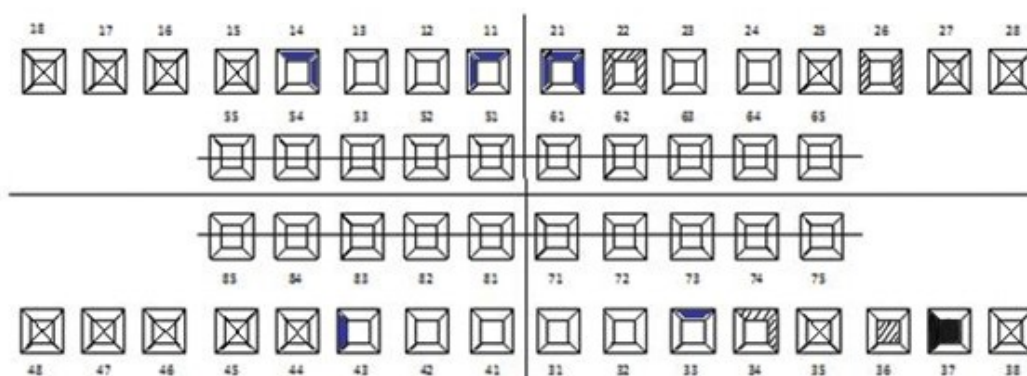


Figura 11 - Ficha Dentária Internacional

Como se pode ver na FDI (figura 11) o paciente é desdentado parcial superior e inferior. Apresenta hemorragia gengival, mobilidade dentária de Grau I e II. Sem alterações de tecidos moles e as seguintes alterações das estruturas dentárias: abrasão, erosão e lesões de abfração. Verificou-se a existência de algumas lesões de cáries e múltiplas lesões de abfração (classe V) e é portador de doença periodontal. O plano de tratamento proposto foi: consulta em Medicina Dentária Preventiva, em cirurgia onde efetuou-se exodontia do 36 e 37, em periodontologia, em dentisterias, em reabilitação oral e em implantologia. Na consulta de triagem para além do plano de tratamento optou-se por fazer logo a destartarização (figura12).



Figura 12 - Destartarização

1. 1ª e 2ª Consultas de Periodontologia – Diagnóstico e Status Radiográfico

Nesta consulta efetuou-se o diagnóstico periodontal, sondagem com sonda periodontal, cálculo de Índice de placa que deu igual a 30% e Índice hemorragia gengival igual a 15% e posterior elaboração do periodontograma (figura 13 e 14). Foi instruído ao paciente a correta técnica de escovagem, uso de fio dentário e de escovilhão.

Paciente Sobrenome **Ré** Nome **Carlos** Data de Nascimento **11-02-1955**

☒ **Exame Inicial** ☐ **Reavaliação**

Profissional **Yuliya Solovyova**

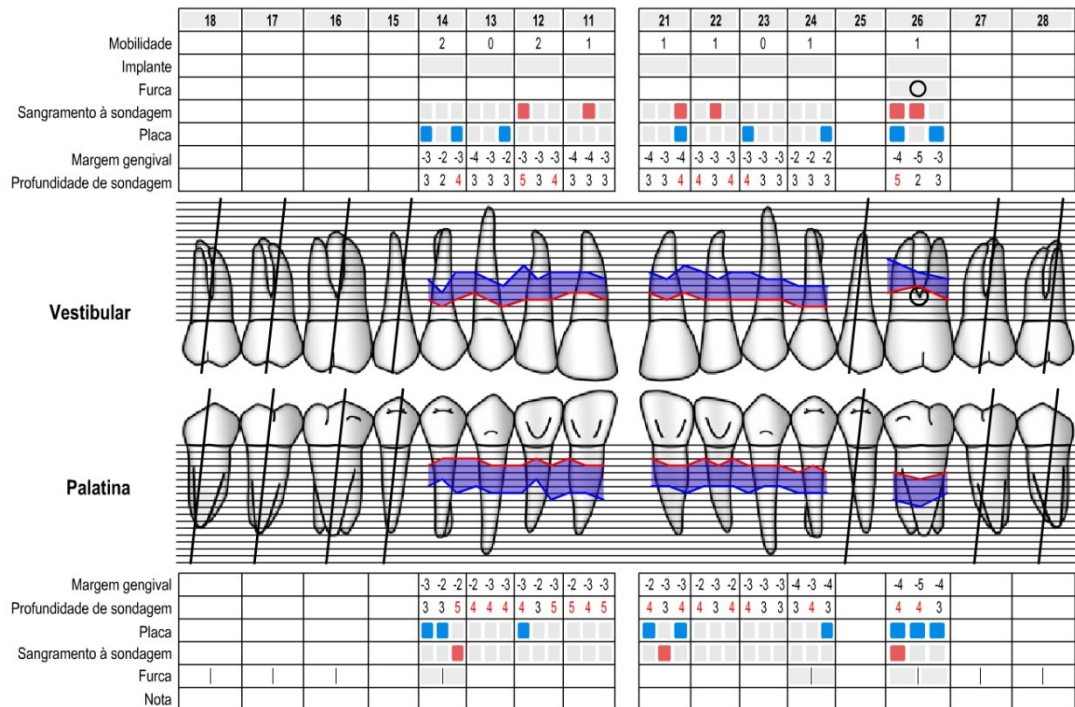


Figura 13 - Periodontograma inicial da arcada superior

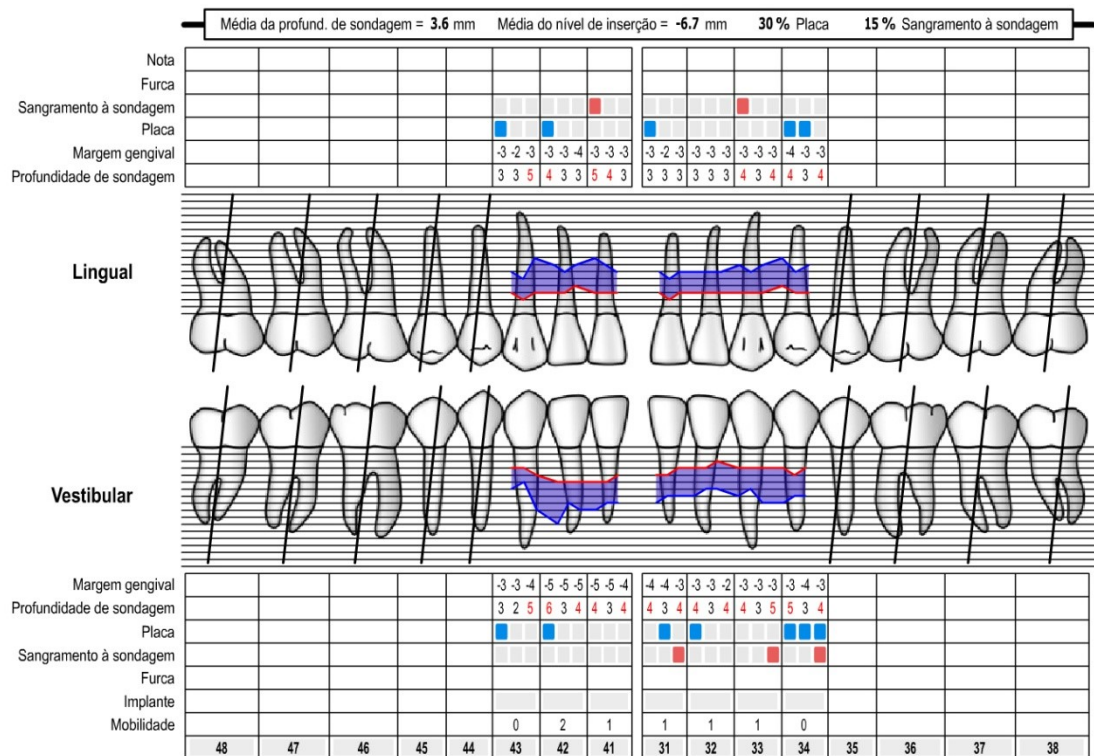


Figura 14 - Periodontograma inicial da arcada inferior

Na consulta de status radiográfico o paciente apresentava IP de 15,78% e IG de 5,26%, valores significativamente menores em relação a primeira consulta. Foram realizadas nove radiografias periapicais como podemos ver na figura 15.

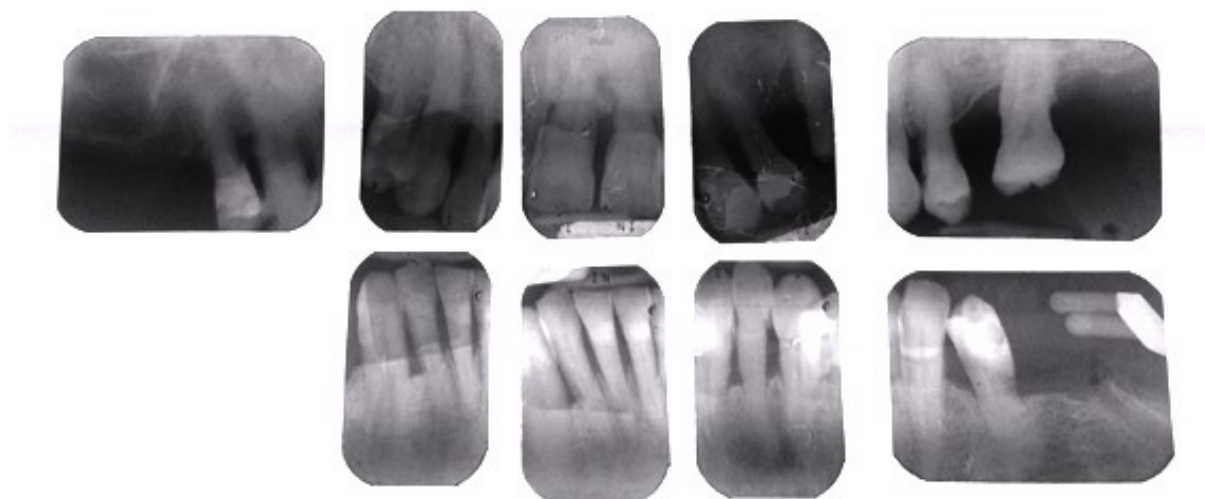


Figura 15 - Status Radiográfico

Diagnóstico dado foi Periodontite Crónica Severa Generalizada. Remarcou-se o paciente para a próxima consulta de periodontologia para avançar com os alisamentos radiculares.

2. 1ª Consulta de Cirurgia – Exodontia do 36 e 37

O paciente compareceu na consulta no dia seguinte à consulta de periodontologia, para efetuar exodontia dos dentes 36 e 37.



Figura 16 - Antes da exodontia do 36 e 37.

Exodontia do 36 e 37 (figuras 17 e 18) com administração de 1 anestubo (1,8mL) de lidocaína a 2% com vasoconstrictor (epinefrina 1:80.000), e sutura com fio de seda 3/0 com ponto cruzado no alvéolo do 36 e 37. Ficou combinado com o paciente para vir passado uma semana para remover os pontos e ver a cicatrização.

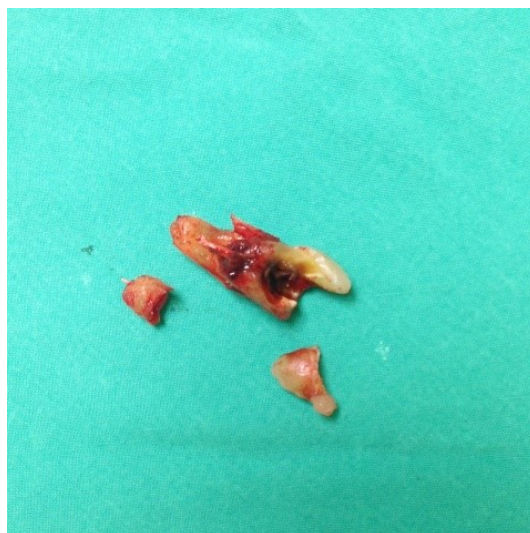


Figura 17 - Dente 36 após exodontia



Figura 18 - Dente 37 após exodontia

3. 3ª Consulta de Periodontologia – Consulta de Alisamento radicular do 1º e 2º quadrante

O paciente compareceu na consulta de alisamento radicular e apresentava Índice de Placa de 13,8% e Índice Gengival de 0,5%. De seguida foram realizados alisamentos radiculares do 1º e 2º quadrantes.

4. 1ª Consulta de Dentisteria Restauradora – Plano de tratamento

Nesta consulta foi elaborado o plano de tratamento em Dentisteria Restauradora de acordo com as prioridades dos dentes a tratar e com a ajuda de Bitewings. Foram propostas 13 restaurações que incluem classe II, III e V, sendo estas últimas, lesões de abração, presentes em maioria (figura 19).

Foram marcadas várias consultas de Dentisteria Restauradora intercaladas com as consultas de outras especialidades.

A cor escolhida foi A4, a resina usada foi Filtek z250® e o sistema adesivo Scotchbond Universal®.



Figura 19 - Restauração a resina composta da Classe V do 41

5. 1ª Consulta de Reabilitação Oral – História Clínica e Impressões Preliminares

Na primeira consulta preencheu-se a história clínica de reabilitação oral e fez-se impressões preliminares das arcadas superior e inferior em alginato com moldeiras universais (figura 20). De seguida efetuou-se vazamento a gesso tipo III (figura 21) para confeção de modelos de estudo e moldeiras individuais. O paciente apresentava classe II superior (modificação 1) e classe I inferior (sem modificação) de Kennedy. Em relação a classificação de Angle apresentava classe I direita e esquerda. Na avaliação das partes duras o maxilar superior apresentava a reabsorção do rebordo no sentido mesio-distal plano, no sentido cervico-oclusal médio, com forma arredondada, regular e tamanho da arcada grande e forma arredondada, sem presença de torús. Na avaliação de partes moles o maxilar superior apresentava-se firme com freios de tamanho e inserção normais e sem alterações da mucosa. Na avaliação de partes duras e moles da mandíbula estas tinham características semelhantes com a exceção da forma do rebordo em que este é triangular e na avaliação de partes moles a mucosa é resiliente. Na avaliação de parâmetros oclusais observou-se a extrusão do dente 26, facetas de desgaste no 5º sextante, sem disfunção Temporomandibular, guias incisiva e canina presentes.

Na fase pré-protética ficou definido fazer dentisterias restauradoras aos dentes propostos na consulta de plano de tratamento a dentisteria. Na fase protética optou-se por fazer prótese parcial acrílica superior de cinco elementos com gancho no dente 26 e

prótese parcial acrílica inferior de cinco elementos com ganchos nos dentes 34 e 44. A sequência das consultas: 1ª Historia Clínica e impressões preliminares, 2ª impressões definitivas, 3ª registro de mordida, 4ª prova de dentes e 5ª entrega das próteses.

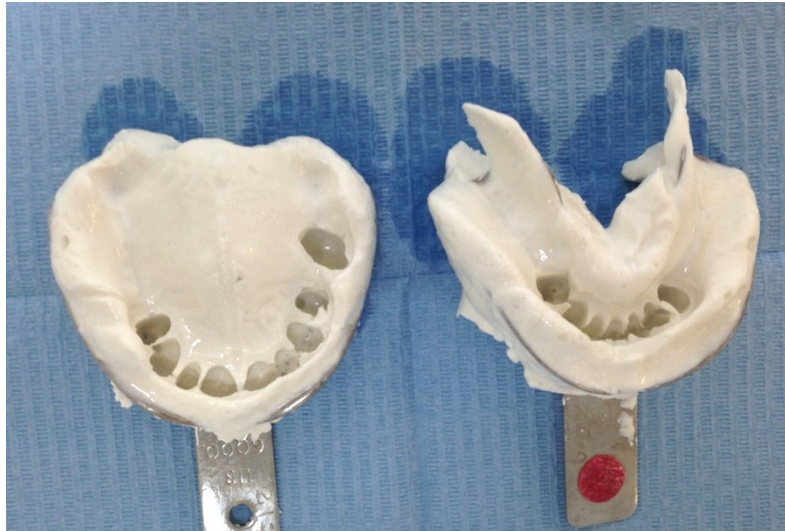


Figura 20 - Impressões preliminares

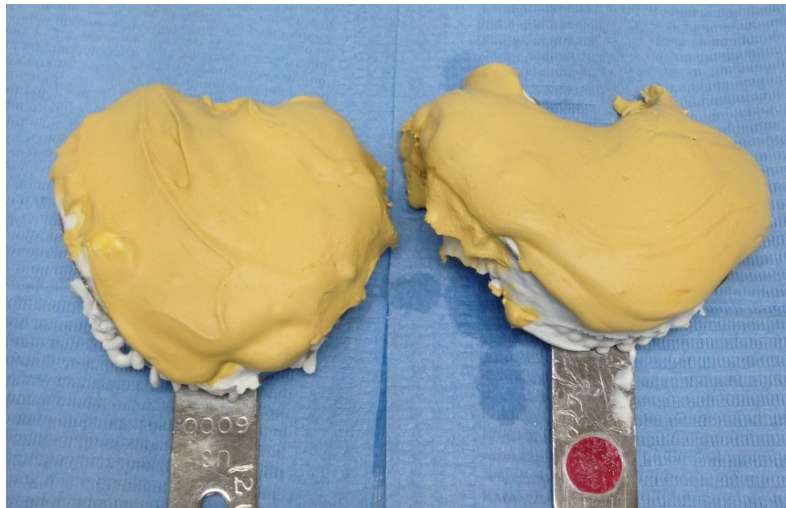


Figura 21 - Impressões preliminares vazados a gesso tipo III

6. 4ª Consulta de Periodontologia – Consulta de Alisamento Radicular de 3º e 4º quadrante

O paciente compareceu na consulta de alisamento radicular e apresentava Índice de Placa de 15% e Índice Gengival de 0%. De seguida foram realizados alisamentos radiculares do 3º e 4º quadrante como podemos observar na figura 22.



Figura 22 - Alisamento Radicular do 3º Quadrante

7. 2ª Consulta de Reabilitação Oral – Impressões Definitivas

O paciente compareceu nesta consulta para efetuar as impressões definitivas superior e inferior com alginato, desta vez com moldeiras individuais perfuradas (figura 23). Os modelos foram vazados com gesso tipo III e confeccionados os modelos de trabalho, foi pedido ao laboratório a elaboração dos blocos de mordida em cera para posterior registo de mordida.

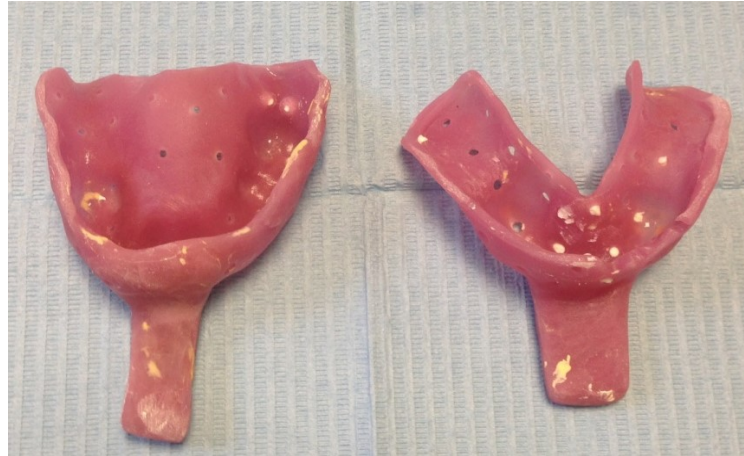


Figura 23 – Moldeiras individuais perfuradas

8. 3ª Consulta de Reabilitação Oral – Registo Intermaxilar

Após uma semana da última consulta de reabilitação oral, foi efetuado o registo intermaxilar com blocos de mordida em cera elaborados no laboratório interno da faculdade (figuras 24, 25, 26 e 27). A cor escolhida foi A4 com o consentimento do paciente, e pediu-se ao laboratório a prova de dentes para a próxima consulta.



Figura 24 - Bloco de mordida para o Registo Intermaxilar

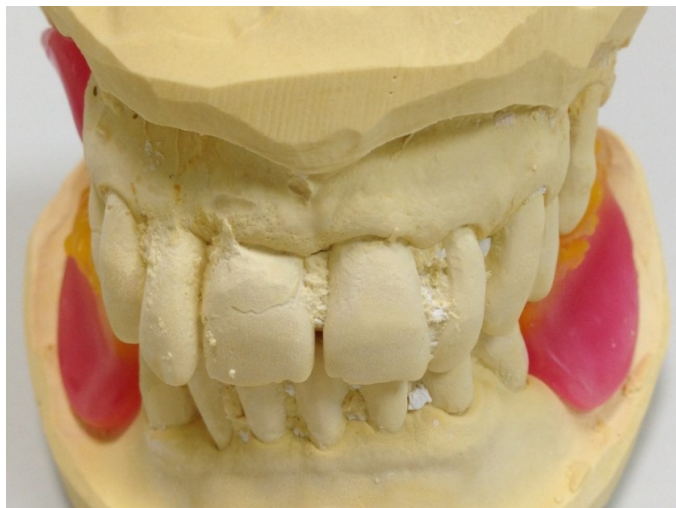


Figura 25 - Registo Intermaxilar vista frontal

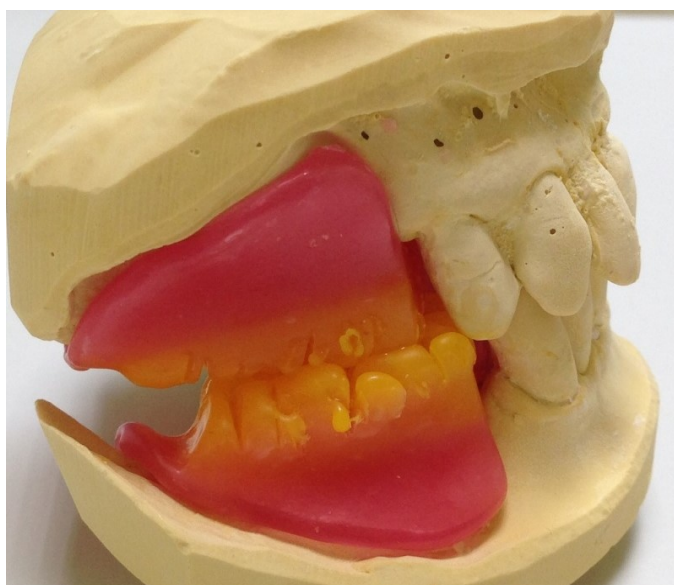


Figura 26 - Registo Intermaxilar vista lateral direita



Figura 27 - Registro Intermaxilar vista lateral esquerda

9. 4ª Consulta de Reabilitação Oral – Prova de Dentes

Na consulta anterior de reabilitação oral pediu-se ao laboratório a prova de dentes sendo a cor escolhida A4 (figuras 28, 29 e 30)



Figura 28 - Prova de Dentes vista frontal (a direita) e oclusal (a esquerda)



Figura 29 - Prova de Dentes vista lateral direita



Figura 30 - Prova de Dentes vista lateral esquerda

Nesta consulta verificar a cor, a forma e o posicionamento dos dentes artificiais sendo o ponto de referência os dentes remanescentes. Teve-se em conta a relação intermaxilar determinada anteriormente. Verificou-se a inexistência de interferências dos dentes artificiais com os remanescentes. Pediu-se ao laboratório a acrilização das próteses.

10. 5ª Consulta de Periodontologia - Reavaliação

Passadas 8 semanas após última consulta de periodontologia o paciente compareceu na consulta e foi observada a resposta dos tecidos ao alisamento radicular. Como em todas as consultas de periodontologia foi mais uma vez calculado Índice de Placa (16%) e Índice Gengival (7%). É de salientar que tanto o Índice de Placa bem como o Índice Gengival melhorou bastante desde a primeira consulta de Periodontologia, passando os valores para metade. Foi realizada a sondagem de todos os dentes e os resultados encontram-se na figura 31.

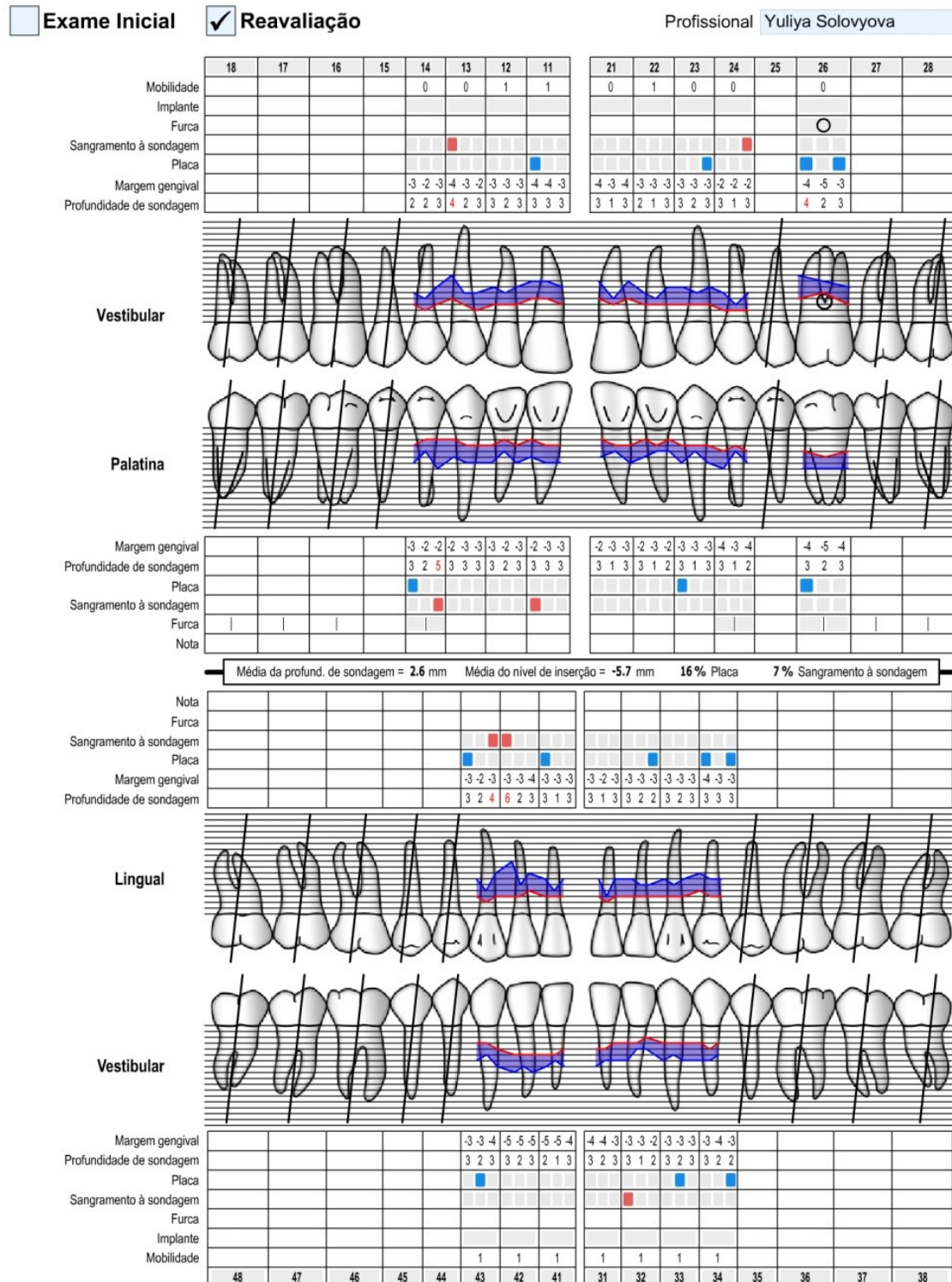


Figura 31 - Periodontograma de Reavaliação das arcadas superior e inferior

Verificou-se que alguns dentes superiores e inferiores continuam a apresentar um certo grau de mobilidade, no entanto os dentes que apresentavam grau II na consulta inicial passaram a apresentar grau I. Praticamente todas as bolsas diminuíram a profundidade de sondagem, assim sendo o paciente foi remarcado daqui a 8 semanas para a consulta de Suporte Periodontal.

11. 5ª Consulta de Reabilitação Oral – Entrega da Prótese

Para esta consulta o laboratório enviou-nos as próteses acrilizadas (figuras 32, 33, 34, 35 e 36), foram feitos os ajustes necessários, verificação da oclusão em boca e a sua colocação. Foram tiradas fotografias intra-orais com as próteses em boca como podemos ver nas figuras 37 e 38.



Figura 32 - Prótese superior e inferior vista frontal



Figura 33 - Prótese superior vista lateral direita



Figura 34 - Prótese superior vista lateral esquerda



Figura 35 - Prótese inferior vista lateral direita



Figura 36 - Prótese inferior vista lateral esquerda



Figura 37 - Prótese superior colocada em boca vista oclusal



Figura 38 - Prótese superior colocada em boca vista oclusal

12. Resultado final

Para vermos a evolução dos tratamentos e comparar o resultado final após todas as consultas realizadas com o inicial, foram tiradas fotografias finais intra-orais (figuras 39,40 e 41) e extra-orais (figuras 42,43,44 e 45).

O paciente ficou muito satisfeito com o resultado final obtido, tanto a nível de estética como a nível da função mastigatória.



Figura 39 - Próteses superior e inferior em boca (vista frontal)



Figura 40 - Próteses superior e inferior em boca (vista lateral direita)



Figura 41 - Próteses superior e inferior em boca (vista lateral esquerda)



Figura 42 - Fotografia extra-oral frontal normal final



Figura 43 - Fotografia extra-oral frontal a sorrir final



Figura 44 - Fotografia extra-oral de perfil esquerdo a sorrir final



Figura 45 - Fotografia extra-oral de perfil direito a sorrir final

13. Consultas Agendadas

Ficou agendada a consulta de periodontologia para fazer Terapia Periodontal de Suporte passado 8 semanas após a reavaliação. Após uma semana a consulta da entrega da prótese o paciente ficou de vir para efetuar uma consulta de controlo e avaliar se há a necessidade de fazer algum ajuste a prótese.

III - Relatório do caso clínico

1. Triagem

Na primeira consulta foi feita uma triagem em que se executou minuciosamente o exame extra-oral e intra-oral com auxílio de exames complementares de diagnóstico (ortopantomografia), história clínica e fez-se o diagnóstico do paciente. O paciente apresentava a dimensão vertical diminuída devido às regiões edêntulas posteriores, lesões de abfração, erosão e abrasão nas estruturas dentárias, múltiplas lesões de cáries, dois dentes com mobilidade indicados para a extração e doença periodontal.

2. Periodontologia

A gengivite e a periodontite são condições inflamatórias crônicas que afetam cerca de 80% da população adulta sendo considerada uma das doenças com maior prevalência no mundo (Kim e Kim, 2013), doença periodontal quando não é tratada passa para uma situação inflamatória crônica daí a necessidade de ser diagnosticada e tratada o mais rápido possível.

Segundo o autor Highfield *et al.* (2009) a doença periodontal tem sido reconhecida e tratada durante pelo menos cinco mil anos. Assim que o paciente foi diagnosticado na consulta de Triagem com a doença periodontal foi logo reencaminhado para o departamento de Periodontologia, para realizar o diagnóstico preciso dessa doença e começar o respetivo tratamento com base na evidência científica.

A Periodontite é uma doença inflamatória e infecciosa que afeta o tecido conjuntivo, o epitélio sulcular e o tecido de suporte que envolve os dentes, o ligamento periodontal e o osso alveolar e que dependendo do grau de comprometimento pode levar à perda total dos tecidos de suporte dos dentes. A sua etiologia é principalmente infecciosa e a persistência do biofilme formado sobre a superfície dentária sobregengival e subgengival, induz assim uma resposta imunitária do hospedeiro para controlar os micro-organismos. No início os sinais clínicos da inflamação não são visíveis ao olho nu, mas à medida que o processo inflamatório progride ocorre a degradação dos tecidos de suporte, resultando na formação de bolsa periodontal que são características da periodontite. A periodontite é também caracterizada pelo aprofundamento do sulco

gengival sendo na prática clínica considerado a partir de 4 mm e deve apresentar hemorragia a sondagem, perda de inserção e perda óssea radiográfica. O tratamento concentra-se principalmente em controlar a infecção e redução da inflamação. (Botero e Bedoya, 2010; Moreno e Contreras, 2013)

Segundo a American Academy of Periodontology a periodontite pode ser classificada com base na perda de inserção clínica como ligeira, moderada e severa como podemos ver resumido na Tabela 1 retirada do Journal of Periodontology, 2015

	Ligeira	Moderada	Severa
Profundidade de sondagem	>3 e <5 mm	≥ 5 e <7	≥ 7 mm
Hemorragia a sondagem	Sim	Sim	Sim
Perda óssea radiográfica	Mais de 15% de comprimento da raiz ou ≥ 2 mm ≤ 3 mm	16% a 30% ou > 3 mm e ≤ 5 mm	>30% ou >5 mm
Perda de inserção	1 a 2 mm	3 a 4 mm	≥ 5 mm

Tabela 1 - Guidelines para a determinação da Severidade de Periodontite

Os sistemas de classificação de doença periodontal surgiram para permitir que os Médicos Dentistas consigam identificar a doença em relação à sua etiologia, patogénese e o respetivo tratamento, sendo isso apenas possível com uma sistemática classificação corretamente aplicada. Estes sistemas de classificação permitem também que os clínicos e os investigadores de todo o mundo consigam comunicar com uma linguagem universal. O sistema de classificação mais aceite é o da American Academy of Periodontology. Após o seu diagnóstico e identificação da etiologia é possível definir um plano de tratamento adequado para cada doente. O diagnóstico clínico da doença periodontal é feito pelo reconhecimento de vários sinais e sintomas dos tecidos periodontais e exige um bom conhecimento por parte do médico dentista da saúde periodontal. Como tal numa situação de saúde periodontal esta é caracterizada pela gengiva rosa pálida, podendo ter o efeito de casca da laranja “stippling”, firme e com margem gengival bem definida, presença de sulco gengival entre 1 a 3 mm de

profundidade e ausência de hemorragia. (Highfield, 2009)

American Academy of Periodontology classificou a Periodontite Crônica como sendo prevalente nos adultos, podendo ocorrer também em crianças e adolescentes, com grau de destruição consistente com os fatores locais, associada a diversos padrões bacterianos, com uma taxa de progressão de doença lenta a moderada podendo registar períodos de progressão rápida, com cálculo subgingival frequentemente presente, podendo ser classificada com base de extensão e severidade, associada com fatores predisponentes (fatores iatrogénicos), podendo ser modificada por ou associada a doenças sistémicas (HIV, Diabetes, infeções) e podendo ser modificada por fatores como stress ou tabaco. (Journal of Periodontology, 2015)

Segundo o Highfield *et al.* (2009) a periodontite crônica resulta da inflamação das estruturas de suporte dos dentes, progressiva perda de osso alveolar e ligamento periodontal. É caracterizada com a formação de bolsa e/ou receção gengival. Esta é reconhecida como a forma mais frequente da periodontite. Ainda de acordo com este autor a Periodontite Crónica pode ser localizada ou generalizada, dependendo do número de locais afetados. Assim, classifica-se como Periodontite localizada quando verifica-se menos de 30 por cento de locais afetados e generalizada quando são mais de 30 por cento de locais afetados.

As características da Periodontite Agressiva são a rápida perda de aderência, destruição óssea e tendência familiar. As características secundárias que estão geralmente presentes mas não universais são a quantidade de depósitos bacterianos que são inconsistentes com a gravidade da destruição dos tecidos periodontais, elevadas quantidades de *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* e *Porphyromonas gingivalis*, alterações funcionais dos neutrófilos e resposta deficiente dos anticorpos aos agentes agressores. (Journal of Periodontology, 2015)

A periodontite Agressiva ainda pode ser localizada ou generalizada. Tendo como a designação localizada quando afeta primeiros molares e incisivos, e generalizada quando afeta primeiros molares, incisivos e pelo menos mais três dentes permanentes afirma Highfield *et al.* (2009).

A hemorragia à sondagem pode ser considerada um preditor da Doença Periodontal e juntamente com os sinais da inflamação clínica como indicador de inflamação periodontal. Em relação a mobilidade dentária, como os dentes não estão em contacto direto com o osso alveolar estes têm mobilidade fisiológica devido a presença do ligamento periodontal. A mobilidade dentária patológica pode ser o resultado da

doença periodontal, porém existem outras causas como o trauma oclusal e os movimentos ortodônticos que devem ser tidos em conta uma vez que provocam o aumento da mobilidade dentária. Ao contrário das duas causas anteriormente referidas a mobilidade causada pela periodontite aumenta com o tempo e não é reversível para uma mobilidade fisiológica. A mobilidade dentária mede-se com 2 cabos de instrumentos metálicos e aplicando uma pressão no sentido vestibulo-lingual sendo que Grau 0: mobilidade fisiológica – 0,1-0,2 mm horizontalmente; Grau 1: ≤ 1 mm horizontalmente; Grau 2: > 1 mm horizontalmente; Grau 3: movimento horizontal e vertical. (Botero e Bedoya, 2010)

O nível de inserção mede-se com recurso de uma sonda graduada desde a junção amelo-cementária até ao fundo do sulco gengival ou bolsa, conseguindo assim avaliar a perda de inserção. (Lindhe, 2005)

As radiografias peri-apicais permitem ver a altura do osso alveolar, perda de continuidade (radiopacidade), defeitos ósseos, aumento do espaço do ligamento periodontal, o contorno da crista óssea, possibilitando assim ao clínico avaliar a extensão da perda óssea. Dão-nos também a informação da altura e da configuração do osso alveolar inter-proximal. Na cavidade oral os dentes e os tecidos ósseos muitas vezes dificultam a visualização do contorno da crista óssea. Sendo as radiografias peri-apicais uma ferramenta secundária no diagnóstico da periodontite, foi realizado ao paciente o status radiográfico para confirmar o diagnóstico. (Lindhe, 2005; Botero e Bedoya, 2010)

O paciente foi diagnosticado com a Periodontite Crónica Severa Generalizada. O tratamento dessa doença passa pela eliminação da placa subgengival e sobregengival. O resultado vai depender muito da habilidade do clínico na execução dos alisamentos radiculares e na capacidade da motivação do paciente para a higiene oral diária. A suscetibilidade do paciente pode influenciar o resultado do tratamento bem como os fatores de risco locais e sistémicos que podem influenciar a microbiologia que por sua vez também pode desafiar a resposta do hospedeiro a estes microrganismos. (Lindhe, 2005)

Assim que foi feito o diagnóstico ao paciente, o tratamento vai processar-se em 3 fases, sendo a primeira fase designada pela terapia inicial (associada à causa) em que vai ocorrer o controlo e a eliminação da placa bacteriana e tártaro através de alisamentos radiculares efetuados com as curetas. Foi administrada anestesia ao paciente para este procedimento tal como é recomendado na bibliografia do autor a baixo referenciado.

Nesta fase também são eliminados os fatores retentivos da placa bacteriana, como as restaurações debordantes, coroas mal adaptadas e remoção de lesões de cáries ativas. Para controlar eficazmente a placa bacteriana nesta consulta o clínico tem que motivar o paciente para a higiene oral e exemplificar a correta técnica de escovagem, uso de fio dentário e de escovilhões caso seja necessário. A fase seguinte que toma o nome de fase corretiva vai depender muito do resultado obtido da primeira fase, esta engloba a reabilitação oral, endodontia, exodontia e implantologia. Caso esta fase falhe pode haver a necessidade de se fazer a cirurgia periodontal. E por ultimo a terceira fase que se designa terapia periodontal de manutenção que tem como objetivo a prevenção da recorrência da doença e uma apertada vigilância no controlo da placa e manutenção de saúde oral. (Lindhe, 2005)

Ainda de acordo com este autor foram efetuados vários estudos acerca do resultado da primeira fase de tratamento em pacientes que adotaram adequada higiene oral e os resultados foram coesos em que houve uma resposta positiva após tratamento não cirúrgico passados cerca de 3-6 meses, com diminuição significativa da hemorragia à sondagem, aumento de tecido de suporte e diminuição de profundidade de sondagem.

Passado 8 semanas após a realização de alisamentos radiculares o paciente veio à consulta para fazer a reavaliação. Foi medido com ajuda de sonda periodontal a profundidade de sondagem, as mobilidades dos dentes, calculou-se o Índice de Placa e Índice Gengival registando-se tudo no periodontograma.

O intervalo de tempo entre as consultas de tratamento periodontal de suporte devem ser adequadas para cada paciente de acordo com as suas necessidades, pelo que o intervalo de 6 meses possa não ser suficiente em determinados casos. Nestas consultas o clínico deve executar um minucioso exame a cavidade oral dando especial atenção aos sinais da inflamação gengival, verificar se o intervalo das consultas é adequado através de monitorização do nível clínico de inserção, avaliar a higiene oral e remoção completa de placa subgengival e sobregengival. Como o paciente tem uma razoável higiene oral marcou-se para fazer a consulta de tratamento periodontal de suporte passado 8 semanas após a reavaliação. (Armitage e Xenoudi, 2016)

Botero e Bedoya, (2010) afirmam que após o tratamento periodontal a mobilidade dentária é reduzida, mas continua a haver uma mobilidade residual a qual pode ser controlada pelo meio de aplicação de férulas.

Como tem sido referido anteriormente e com elevada evidencia científica acerca da persistência do biofilm sobre a superfície dentária com a doença periodontal é de

extrema importância a remoção eficaz da mesma. Assim o paciente recebeu adequada motivação para higiene oral em todas as consultas de periodontologia, foi explicado a correta técnica de escovagem e higienização interdentária. Os métodos fisiológicos e naturais (ação da língua, das bochechas e do fluxo salivar) não são suficientes para a sua eficaz remoção porém os métodos de remoção de placa mecânicos interrompem eficazmente o desenvolvimento do biofilm. Existem vários tipos de escovas no mercado, mas as mais aceitas são as flexíveis, com as pontas arredondadas e cerdas macias. É de salientar que a escovagem apenas elimina a placa dentária das superfícies livres, sendo que o fio dentário é usado para efetuar a limpeza interdentária. Os escovilhões dentários devem ser usados nos diastemas, uma vez que o paciente apresentava alguns diastemas foi também recomendado o seu uso. Os utensílios de remoção mecânica de placa bacteriana devem ser personalizados de acordo com a destreza do operador e capacidades de cada paciente. Este autor ainda afirma que após a higienização com os dispositivos mecânicos acima referidos 67% das superfícies intraorais não são alcançadas e podem ser colonizadas por microrganismos. (Botero e Bedoya, 2010)

Embora evidencia clínica demonstra que o controlo da placa bacteriana através da remoção mecânica é fundamental para prevenir e controlar a doença periodontal, é de salientar que o controlo ideal não é alcançado pela maioria dos pacientes. Este facto pode dever-se a falta da motivação ou destreza manual. O nível socioeconómico, a compreensão de todo o processo da doença periodontal e das suas consequências pode igualmente afetar a qualidade da higiene oral. A utilização adjuvante de agentes químicos tem sido investigada como forma de ultrapassar a inadequada remoção mecânica da placa bacteriana, uma vez que reduzem a formação da placa e inflamação, influenciando positivamente a saúde periodontal. Assim o clínico deve avaliar os critérios para seleccionar os agentes terapêuticos em relação a sua eficácia, em relação às preferências individuais e características dos pacientes. Os bochechos recomendados são aqueles que têm evidência científica em relação a sua eficácia, segurança e efeito significativo tanto a curto como a longo prazo contra o biofilm e gengivite. Deve também demonstrar eficácia contra uma ampla variedade de bactérias Gram + e Gram -. Ainda de acordo com este autor as limitações na população idosa devido a várias doenças (Parkinson, limitações físicas, artrite) e a sua aceitação e adesão aos diferentes procedimentos de higiene oral sugere a implementação de anti-sépticos orais para melhorar as medidas de controlo mecânico de biofilm. (Botero e Bedoya, 2010)

Ainda de acordo com os mesmos autores os objetivos do tratamento periodontal incluem a redução ou a sessão da gengivite, redução da profundidade das bolsas, eliminação da exposição de furcas em dentes multirradiculares e satisfação individual com o restabelecimento da função e estética.

3. Cirurgia

As cirurgias que foram efetuadas foram a extração do dente 36 e 37. Os materiais utilizados foram o sindesmótomo para desinserir as fibras gengivais que circundam o dente, a alavanca para efetuar a luxação do dente dentro do alvéolo e por fim o boticão apropriado para cada dente, neste caso o boticão para molares inferiores. Após a extração foi usada uma cureta para limpar os alvéolos. (Boyce e Kirpalani, 2016)

Perante a ansiedade do paciente antes da anestesia local na literatura aconselha-se a aplicação de anestesia tópica, esta diminui o medo do paciente, eliminando e controlando a dor deixando o paciente menos ansioso. (Boyce e Kirpalani, 2016)

Peterson et al. 2005 afirma que existem limites da quantidade de anestésico local que podem ser usados em cada paciente. Para fornecer uma anestesia adequada para extração de múltiplos dentes pode ser necessária administração de vários anestubos. Administrou-se anestésico local (1 anestubo) com vasoconstrictor (Lidocaína a 2% com epinefrina a 1:80.000, em anestubos de 1,8 mL) por meio de anestesia troncular, uma vez que se tratava de molares inferiores.

Ainda de acordo com o mesmo autor, na literatura aconselha-se uma avaliação clínica dos dentes a serem extraídos, fatores como acesso ao dente, mobilidade, condição da coroa foram tidos em conta. A presença de grandes restaurações a amálgama provoca fragilidade na coroa e as restaurações tendem fraturar durante a extração, como aconteceu com o dente 37.

Tanto o dente 36 como o 37 apresentavam acumulação de cálculos, por isso antes da cirurgia foi efetuada destartarização a fim de evitar a possibilidade de contaminação dos alvéolos pelos cálculos. (Peterson, 2005)

No final da cirurgia e após terem sido verificados os alvéolos a fim de não deixar nenhum resto radicular efetuou-se a sutura com dois pontos simples e instruiu-se o paciente para os cuidados pós-operatórios. Ficou combinado o paciente vir retirar os pontos e observar a cicatrização passado uma semana.

4. Dentisteria Operatória

Roberson *et al.* (2006) caracteriza a dentisteria operatória como um ramo de medicina dentária que abrange o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico dos defeitos dos dentes mas que não abrange a total cobertura do dente pela restauração. O tratamento passa pela execução de uma restauração com forma, função e estética apropriadas mantendo assim uma relação harmoniosa com os tecidos a sua volta.

Feito o plano de tratamento à dentisteria verificou-se que o paciente tinha várias lesões de abfração na cavidade oral, é um tipo de lesão cervical não cariosa caracterizada pela perda de tecidos dentários com diferentes aparências clínicas e de etiologia multifatorial. São mais prevalentes na população adulta, com a crescente incidência de 3% a 17% entre 20 e 70 anos de idade. As lesões de abração podem ocorrer como um resultado da função normal e anormal dos dentes e pode ser acompanhada por desgastes patológicos como é o caso da abrasão e da erosão. Esse tipo de lesões ainda comprometem a integridade estrutural, promove a retenção de placa bacteriana, sensibilidade dentária, vitalidade pulpar e estética. Estas lesões podem observar-se nas faces vestibulares dos dentes, são lesões em cunha ou em forma de V com ângulos externos e internos bem definidos afirma Nascimento e Dilbone *et al.* 2015

Ainda de acordo com os mesmos autores com a idade o grau de desgaste oclusais e cervicais aumenta e, por isso, devem ser considerados como processos fisiológicos naturais. As facetas de desgaste fisiológico podem ser encontradas no esmalte, na dentina primária, na dentina secundária e na dentina reparadora (esclerótica). Como mecanismos de defesa do dente perante o desgaste, ocorre a formação de dentina reacional e reparadora e também a obstrução dos túbulos dentinários pelos depósitos minerais.

Como intervenções preventivas temos o aconselhamento na mudança dos hábitos do paciente tais como a dieta, técnica de escovagem, uso de goterias de relaxamento em casos de bruxismo e uso de pastilhas para estimular o fluxo salivar. Outras opções de tratamento são a monitorização da progressão da lesão, ajustes oclusais, alívio de sensibilidade, colocação de restaurações e a cobertura da exposição radicular através de procedimentos cirúrgicos combinada com as restaurações. A decisão clínica para restaurar as lesões de abfração pode basear-se na necessidade de se substituir a forma e a função ou para aliviar a hipersensibilidade dos dentes comprometidos ou ainda por razões estéticas. Todas as classes V foram devidamente

restauradas, nas lesões de abfração justa gengivais ou infra gengivais foi usado fio de retração, a resina usada foi Filtek Z250® e sistema adesivo Scotchbond Universal®. (Nascimento e Dilbone, 2015)



Figura 46 - Fotopolimerização da restauração classe V do dente 32

5. Reabilitação oral

Moreira Carneiro *et al.* 2013 define a desdentação parcial como ausência de algumas peças dentárias nas arcadas dentárias e está associada à cárie dentária e à periodontite. Outros fatores podem estar associados como o nível socioeconómico, assiduidade às consultas de medicina dentária, a atitude do paciente e a atitude do médico dentista. Com as melhorias nos cuidados de saúde e melhor acessibilidade as mesmas é notório um decréscimo na prevalência da desdentação em todos os grupos etários nos países industrializados. Com objetivo de facilitar a troca de informações e dados clínicos entre clínicos e investigadores a desdentação parcial na cavidade oral tem sido alvo de diversas classificações. Tendo um destaque maior a classificação de Kennedy que se baseia na distribuição topográfica dos dentes perdidos e remanescentes, dividindo-se em quatro classes: Classe I – desdentado posterior bilateral, Classe II – desdentado posterior unilateral, Classe III – desdentado intercalar e Classe IV – desdentado anterior.

Num estudo conduzido pela Clínica Universitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto quanto ao tipo de reabilitação com prótese parcial removível a mais confeccionada foi PPR acrílica tanto na maxila (32,6%) como na mandíbula (23,2%) em relação a prótese parcial removível esquelética na maxila (15,2%) e na mandíbula (17,7%). Ainda de acordo com o mesmo estudo verificou-se que a percentagem maior dos dentes ausentes é dos molares inferiores seguidos de molares superiores, pré-molares superiores, incisivos superiores, pré-molares inferiores, incisivos inferiores, caninos superiores e caninos inferiores. Relativamente à Classe de Kennedy a classe III é mais frequente na maxila e classe I é mais frequente na mandíbula, que vai de acordo com a situação do nosso paciente. (Moreira Carneiro, 2013)

“A reabilitação oral de arcos parcialmente edêntulos é umas das situações mais desafiantes que o Médico Dentista pode ter que lidar” (Prasad e Hegde 2012)

A reabilitação oral em pacientes desdentados parciais envolve diversas técnicas para cada paciente. É importante ter em conta as expectativas do paciente, o estado dos dentes remanescentes e a relação destes com a anatomia dos tecidos orais. Seja qual for o tratamento proposto o resultado final deve ser a melhor solução possível para o paciente em questão afirma Patel (2014).

Foram apresentadas várias opções de tratamento ao paciente incluindo a reabilitação oral com Implantes, com Prótese Combinada, com Prótese Esquelética, com Prótese Flexível e com Prótese acrílica.

Cooper *et al.* 2008 afirma que a colocação de implante pode prevenir a reabsorção contínua do osso. E a prótese retida por implantes oferece muitas vantagens em comparação com a prótese convencional.

No entanto o paciente preferiu a reabilitação oral com a prótese parcial removível acrílica. Este tipo de prótese distingue-se das outras próteses parciais removíveis pelo facto de possuir uma base em acrílico que é suportada pelas regiões desdentadas das arcadas dentárias e ainda no maxilar superior pelo palato duro. Este tipo de prótese quando comparado com as outras próteses parciais removíveis tem a vantagem de ser mais económica, mais estética, facilidade de acrescentar os dentes caso seja necessário e é de fácil ajuste. Porém tem como desvantagens elevado risco de ocorrência de cárie dentária, gengivite, doença periodontal, estomatite dentária, reabsorção do osso alveolar, migração dentária, pode desencadear o reflexo de vômito e facilmente pode ser danificada. Hoje em dia são indicadas para carácter temporário ou

paliativo ou pelos fatores económicos, como é o caso do nosso paciente que devido aos fatores socioeconómicos optou por este tipo de prótese. A resina acrílica deste tipo de próteses pode ser reforçada por fios ou fibras de metal. (Baat e Witter 2011)

Uma prótese parcial removível quando bem confeccionada tem uma integração perfeita ao órgão mastigatório e por isso o portador a maior parte das vezes esquece que a tem na boca. Isso apenas ocorre nas próteses bem planeadas, baseadas em princípios mecânicos e biomecânicos rigorosos. (Kliemann e Oliveira, 2006)

Os objetivos da colocação de uma prótese parcial removível são o restabelecimento da função mastigatória e fonética. No entanto como é um trabalho removível o seu controle é fundamental, e a preservação dos tecidos remanescentes só ocorre se a prótese apresentar um comportamento satisfatório em função. Outro objetivo é devolver a estética ao paciente através da reposição de dentes ausentes, permitindo assim melhorar o autoestima, uma vez que a sociedade moderna dá cada vez mais importância a uma boa aparência física. E por fim tem que proporcionar conforto ao paciente porque se esta for incómoda o paciente não vai usá-la. Na literatura ainda de acordo com os mesmos autores é estabelecido que cerca de 50% das próteses parciais removíveis realizadas não são utilizadas porque o paciente não se habitua as mesmas. Na primeira consulta de Reabilitação Oral foi efetuada uma história clínica pormenorizada, e segundo a classificação de Kennedy o paciente apresentava Classe II (desdentados posterior unilateral) modificação 1 superior e Classe I (desdentado posterior bilateral) inferior, sem modificação. (Volpato e Garbelotto, 2012; Kliemann e Oliveira, 2006). Os dentes 36 e 37 estavam em mau estado e devido a mobilidade que apresentavam tinham mau prognóstico para serem dentes pilares da prótese, assim sendo optou-se pela extração de ambas peças dentárias. Optou-se por fazer prótese parcial superior e inferior acrílica de acordo com as preferências do paciente. Passado mais de um mês após as exodontias dos dentes 36 e 37, em que ocorreu a reabsorção óssea e a cicatrização adequada dessa zona efetuaram-se os modelos de estudo pois servem de um meio de análise e são importantes no planeamento de uma prótese. As impressões foram feitas em alginato e vazados de imediato, com gesso tipo III. De seguida foram pedidas ao laboratório as moldeiras individuais para uma impressão mais fidedigna da área que irá ser reabilitada, na consulta seguinte foi efetuado registo intermaxilar com os blocos de mordida provenientes do laboratório, nesta consulta também escolheu-se a cor dos dentes a colocar na prótese. A seleção da cor foi realizada por comparação, ou seja, com ajuda de uma escala observou-se a boca do paciente e a

cor que mais se aproximou foi escolhida, neste caso A4 da escala Vita. Pediu-se a prova de dentes e por fim a acrilização da prótese. (Kliemann e Oliveira, 2006).

Nas impressões definitivas foram usadas moldeiras individuais provenientes do laboratório, com alginato, sendo um dos materiais mais utilizados em prótese parcial removível. O vazamento dos moldes foi feito de imediato uma vez que o hidrocólido irreversível pode sofrer alterações dimensionais, alterando a impressão afirma Kliemann e Oliveira *et al.* 2006.

Ainda de acordo com o mesmo autor o registo correto das relações intermaxilares é um passo de extrema importância para a montagem correta dos dentes, exigindo paciência e tempo.

Na prova de dentes deve-se verificar a cor, forma e o posicionamento dos dentes artificiais sendo o ponto de referência os dentes remanescentes, deve-se ter em atenção a relação intermaxilar anteriormente determinada. Não deve haver interferência dos dentes artificiais com os remanescentes, a forma e a posição dos dentes artificiais vai influenciar a fonética uma vez que vão ser nessas superfícies que as palavras são pronunciadas. A opinião do paciente é um fator a ter em conta, o conceito estético é muito subjetivo, o que para o clínico é estético pode não ser para o paciente. Assim sendo tanto a cor como a prova dos dentes foram realizadas com o consentimento do paciente. (Kliemann e Oliveira, 2006)

Após a entrega da prótese foram dadas as instruções específicas ao paciente para garantir uma boa manutenção e harmonia na cavidade oral. Kliemann e Oliveira, (2006) afirmam que estes pacientes precisam de ter uma atitude positiva uma vez que vão passar por um período de adaptação emocional e física. Cada paciente é um caso, e as suas condições físicas e mentais e da cavidade oral são individuais, por isso não devem estar a comparar o seu progresso na adaptação à nova prótese com a expectativas de outras pessoas. O que pode ser doloroso para um paciente não quer dizer que seja para outro. O paciente tem que ser informado que se usar a prótese corretamente os dentes serão preservados e que uma das funções da prótese é sustentar os tecidos orais (lábios, bochechas) permitindo assim um perfil facial mais equilibrado, atua também como mantedor de espaço e mantém os dentes em posição. Com a prótese posta o paciente vai sentir conforto e facilidade no ato de mastigação. É importante que os alimentos sejam bem mastigados para facilitar a digestão e promover a saúde do sistema digestivo. Existem várias letras do alfabeto que necessitam o auxílio dos dentes para formarem os seus sons. Uma vez colocada a prótese os problemas da fala podem ser recuperados.

Assim, na consulta da colocação da prótese o paciente foi corretamente instruído para o uso das mesmas e alertado para os fatores a cima referidos. Foi informado também que a prótese deveria ser retirada durante a noite, para os tecidos remanescentes descansarem e serem humedecidos pela saliva. As Guidelines baseadas na evidência científica no que toca a manutenção das próteses afirmam que estas não devem ser usadas 24 horas por dia na tentativa de reduzir ou minimizar a estomatite protética, nunca devem ser colocadas em água a ferver, as próteses devem ser higienizadas diariamente com pastas específicas não abrasivas e fora da cavidade oral, não devem ser imersas por períodos mais de 10 minutos em soluções que contenham hipoclorito de sódio, no sentido de não provocar danos a prótese e devem ser imersas em água após a sua limpeza nos períodos em que o paciente não vai usar para não se entortarem, e ainda a baixa evidência sugere que as próteses devem ser higienizadas anualmente pelo clinico usando como produto de limpeza ultra-sons no sentido de minimizar a acumulação de biofilm ao longo do tempo. A maioria dos pacientes que usam as próteses parciais removíveis perdem os seus dentes devido a falta destes esclarecimentos e/ou falta de motivação. Por isso temos que redobrar o nosso esforço no sentido de conseguir por parte do paciente uma correta e adequada higienização tanto das próteses como da cavidade oral e consultas de controlo periódicas, promovendo assim uma longevidade da prótese. (Kliemann e Oliveira, 2006; Felton, 2011)

Volpato e Garbelotto (2012) afirmam que a relação saúde/doença é de extrema importância, e que muitas vezes os médicos dentistas esquecem e indicam trabalhos protéticos em condições de doença. As consequências são graves e resultam em agravamento da doença já existente. Por isso nas nossas consultas o paciente primeiro foi seguido em periodontologia e só depois de a doença periodontal estar bem controlada e vigiada iniciou-se o processo de confeção de prótese.

Noutro estudo conduzido pelo Vaccarezza et al (2010) confirmou-se a associação entre as lesões orais recorrentes causados por próteses mal ajustadas com lesões pré-cancerígenas (carcinoma de células escamosas). Esta observação está de acordo com a hipótese de que a irritação física crônica da mucosa contribui para o efeito cancerígeno tóxico de tabaco na cavidade oral. Este autor ainda sugere que os indivíduos afetados de forma recorrente por úlceras orais podem ter um risco maior de infeção por *Cândida albicans*, e que as enzimas desenvolvidas por estas leveduras são capazes de produzir carcinogéneos químicos. O planeamento de consultas regulares de controlo de prótese dentária representam uma atitude não negligenciável para a

prevenção do cancro oral.

Num estudo realizado no Brasil, no estado do Rio Grande do Norte, que teve como objetivo mostrar a relação da prótese dentária com a incidência e o tipo de lesões bucais, bem como o tipo de prótese que está mais relacionado verificou-se que 70,9% dos pacientes com alguma lesão existente relacionavam-se com a necessidade de confecção de uma nova prótese. Da mesma amostra 54,5% relacionava-se com o tempo de uso das próteses superior a 5 anos. As lesões mais prevalentes relacionadas com o uso da prótese dentária foram a candidíase e hiperplasia fibrosa inflamatória. Conclui-se com este estudo que as próteses dentárias que apresentaram a relação direta com as lesões orais possuía mais de 5 anos de uso e tinham a indicação de troca, este facto indica a importância de conscientizarmos os nossos pacientes de que as próteses dentárias não são definitivas e que os pacientes têm que comparecer nas consultas de rotina. (Conceição Dantas de Medeiros, 2015)

Estomatite protética é uma condição patológica, caracterizada por um processo inflamatório que agride a mucosa oral, de etiologia multifatorial e é comum em pacientes portadores de prótese dentária. São observadas alterações teciduais, sendo visível uma área de eritema por baixo da prótese, principalmente nas próteses superiores. Os pacientes normalmente referem os seguintes sintomas: dor, inchaço, xerostomia, halitose e hemorragia, sendo esses sintomas na maioria dos casos impossibilitam o uso da prótese. A remoção diária e eficiente do biofilme presente tanto na cavidade oral como na prótese é essencial para minimizar a estomatite protética e promovendo assim uma boa saúde oral. Em cerca de 67% de pacientes portadores de prótese dentária com estomatite protética pensa-se existir associação com *Cândida albicans*. Vários estudos foram realizados para ver o papel dessa bactéria na patogénese na estomatite protética e verificou-se múltiplas estirpes de *Cândida* presentes nos tecidos orais e na base da prótese. A erradicação desta doença requer o tratamento tanto dos tecidos orais como a sua eliminação das próteses. (Felton, 2011; Melo e Guerra, 2014)

O Kliemann e Oliveira, 2006 afirmam que o insucesso não é da prótese mas sim do dentista, uma vez que a prótese vai depender dos bons resultados obtidos dos tratamentos. Os insucessos ocorrem quando a prótese altera o funcionamento do sistema mastigatório, quando lesa os tecidos remanescentes, quando destrói os dentes pilares (mobilidade, trauma) ou ainda se provocar alguma reação indesejada como é o caso da disfunção temporomandibular.

O tratamento periodontal de suporte nos pacientes que passaram a ser portadores de prótese parcial removível tem um efeito benéfico na preservação dos dentes pilares. É recomendado o tratamento periodontal de suporte a cada 3 a 6 meses. (Tada e Allen, 2015)

Considerações finais

Depois de todos tratamentos efetuados tiramos as seguintes considerações:

O doente geriátrico necessita de um planeamento diferenciado das outras faixas etárias para um tratamento eficaz.

É importante haver dissertações no âmbito de casos clínicos atualizados sobre o estado da arte em cada uma das especialidades de medicina dentária, dando a oportunidade aos outros médicos dentistas informarem-se acerca dos melhores tratamentos para os seus pacientes baseados na evidência científica.

O nosso paciente apesar de ter 61 anos foi inserido e descrito como paciente geriátrico devido ao facto de ser reformado e da sua condição socioeconómica. A falta de dentes nos segmentos posteriores das arcadas dentárias e a consecutiva perda de dimensão vertical influenciava a capacidade mastigatória do paciente, refletindo-se negativamente no estado geral de saúde.

Os resultados foram bastante positivos e superaram as expectativas do paciente. Verificou-se uma grande melhoria e a crescente preocupação no que toca a higiene oral por parte do paciente, sempre ciente do facto que as consultas de rotina têm que ser realizadas. A compreensão da doença periodontal e as suas consequências ajudaram positivamente na preservação da saúde oral. O objetivo principal era a reabilitação oral do paciente, após a doença periodontal estar estabilizada e controlada, através de prótese parcial acrílica superior e inferior, restabelecendo assim a função mastigatória e devolvendo a estética ao paciente. Os hábitos alimentares estavam comprometidos devido a ausência de várias peças dentárias, tendo-se o problema resolvido com a colocação das próteses dentárias que devolveram ao paciente a capacidade mastigatória até aí perdida. O paciente sentiu a melhoria de saúde tanto ao nível oral como ao nível geral.

Outros casos clínicos sobre doentes geriátricos com outras temáticas podem ser realizados.

IV – Referências Bibliográficas

Ahmed B, Nanji K, Mujeeb R, Patel MJ (2014) Effects of Polypharmacy on Adverse Drug Reactions among Geriatric Outpatients at a Tertiary Care Hospital in Karachi: A Prospective Cohort Study. 9(11): e112133. doi: 10.1371/journal.pone.0112133

Armitage, G. C., Xenoudi, P. (2016) Post-treatment supportive care for the natural dentition and dental implants. *Periodontology* 2000, 71: 164–184. doi: 10.1111/prd.12122

Aubertin M. A., Horbelt C., Wasson W., Woods M. (2010) Medication use in geriatric populations: dental implications of frequently prescribed medications. *General Dentistry* 58(2):100-7; quiz 108-9.

Baat C, Witter D. J., Creugers N. H. (2011) Acrylic resin removable partial dentures. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 118(1):32-7

Botero, J. E., Bedoya, E. (2010). Determinantes del diagnóstico periodontal. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 3(2), 94-99. 10.4067/S0719-01072010000200007.

Boyce R., A., Kirpalani T., Mohan N. (2016) Updates of Topical and Local Anesthesia Agents. *Dent Clin North Am.* 2016 Apr;60(2):445-71. doi: 10.1016/j.cden.2015.12.001.

Brunetti-Montenegro L. F., Marchini L. (2013). *Odontogeriatría, Uma Visão Gerontológica* Rio de Janeiro, Brasil

Christoph A. Ramseier, Janet S. Kinney, Amy E. Herr, Thomas Braun, James V. Sugai, C. A. Shelburne, L. A. Rayburn, H M. Tran, Anup K. S., W. V. Giannobile (2009) Identification of Pathogen and Host-Response Markers Correlated With Periodontal Disease. *Journal of Periodontology* Vol. 80, No. 3, Pages 436-446 doi: 10.1902/jop.2009.080480

Conceição Dantas de Medeiros, Fabianna, De Araújo- Silva, Thiago F, Alves Ferreira, Kleiton, Bezerra de Oliveira-Moura, Jamile M, Pinheiro Cavalcanti-Lima, Isabela, Guerra-Seabra, Eduardo J. (2015). Uso de próteses dentales y su relación con lesiones

orales. Revista de Salud Pública, 17(4), 603-613.
dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n4.34322

Cooper, L. F. (2009). The current and future treatment of edentulism. *Journal of Prosthodontics*, 18(2), 116–122. <http://doi.org/10.1111/j.1532-849X.2009.00441.x>

Daly B., Smith K. (2015) British Journal of Community Nursing. Promoting good dental health in older people: role of the community nurse. Vol 20, issue 9
<http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.9.431>

Dias A. Aldo (2006) Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de Trabalhos e Práticas. São Paulo, Brasil

Felton, D., Cooper, L., Duqum, I., Minsley, G., Guckes, A., Haug, S., ... Chandler, N. D. (2011) Evidence-Based Guidelines for the Care and Maintenance of Complete Dentures: A Publication of the American College of Prosthodontists. *Journal of Prosthodontics*, 20(1), S1-S12. <http://doi.org/10.1111/j.1532-849X.2010.00683.x>

Highfield, J. (2009) Diagnosis and classification of periodontal disease. *Australian Dental Journal*, 54(1), S11–S26. <http://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2009.01140.x>

Journal of Periodontology, (2015) Vol. 86, No. 7, Pages 835-838, DOI 10.1902/jop.2015.157001

Kim, J. J., Kim, C. J., Camargo, P. M. (2013) Salivary Biomarkers in the Diagnosis of Periodontal Diseases. *Journal of the California Dental Association*, 41(2), 119–124.

Kliemann C, Oliveira W. Manual de Prótese Parcial Removível. (2006) Brazil, São Paulo

Lamster B. I., Northridge E., M. (2008) Improving Oral Health for The Elderly, An Interdisciplinary Approach. New York, USA

Lindhe, J., Karring, T., e Lang, N. P. (2005). *Clinical Periodontology and Implant Dentistry* (5ª ed). Oxford, UK

Melo I. A., Guerra R., C. (2014) Candidíase oral: um enfoque sobre a estomatite por prótese. *Salusvita Journal*, Bauru, v. 33, n. 3, p. 389-414

Moreira Carneiro A. C., Correia A. R. M., Campos J. C. R., Fonseca P., Mesquita P., Figueiral M. H. (2013) Caracterização da desdentação parcial numa amostra populacional de uma Faculdade de Medicina Dentária. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2012.11.006>

Moreno, S., Contreras, A. (2013) Functional differences of *Porphyromonas gingivalis* fimbriae's determining periodontal disease pathogenesis: A Literature Review. *Colombia Médica*, 44(1), 48-56. Retrieved from <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/800/1898>

Nascimento, M. M., Dilbone, D. A., Pereira, P. N., Duarte, W. R., Geraldeli, S., Delgado, A. J. (2016). Abfraction lesions: etiology, diagnosis, and treatment options. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, 8, 79–87. <http://doi.org/10.2147/CCIDE.S63465>

National Institute of Dental and Craniofacial Research. (2014) USA <http://www.nidcr.nih.gov/OralHealth/Topics/DryMouth/> consultado no dia 02/05/2016 às 18h

Patel Harsh, Patel Kavan, Thummer Srushti, Patel Ruchita K., (2014) *International Journal of Applied Dental Sciences: Use of precision attachment and cast partial denture for long-span partially edentulous mouth*. Vol. 1, Issue 1

Peterson E., H., Tucker (2005) *Cirurgia Oral e Maxilofacial* (3ª ed) Rio de Janeiro, Brasil

Planton J., Edlund B. J., (2010) Strategies for Reducing Polypharmacy in Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing* Vol. 36, No. 1 doi: 10.3928/00989134-20091204-03

Prasad K.D., Hegde C., Shah-Naidu N.G., Shetty M. (2012) Removable Partial Denture Design using Milled Surface as a Precision Attachment: An Esthetic Alternative. *Journal of Orofacial Research*. 2(3):182-185.

- Roberson M. Theodore, Heymann O. Harald., Swift J. Edward (2006) *Sturdevant's Art and Science of Operative Dentistry* (5th edition) Philadelphia, USA
- Sánchez-García S, Reyes-Morales H, Juárez-Cedillo T, Espinel-Bermúdez C, Solórzano-Santos F, García-Peña C. John Wiley, Sons A. (2010) *Journal of Community Dent Oral Epidemiol*: A prediction model for root caries in an elderly population. Vol. 39(1):44-52. doi: 10.1111/j.1600-0528.2010.00569.x
- Secca, I. O. P. Forjaz. (2015). *Caso clínico: paciente geriátrico* (Tese de Mestrado) Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Lisboa, Portugal
- Sousa S., Pires A., Conceição C., Nascimento T., Grenha Ana, Braz, L. (2011). Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27(2), 176-182. Recuperado em 15 de junho de 2016, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-71032011000200005&lng=pt&tlng=p.
- Tada S, Allen P.F, Ikebe K, Matsuda K, Maeda Y. (2015) Impact of periodontal maintenance on tooth survival in patients with removable partial dentures. *Journal of Clinical Periodontology* 42: 46–53. doi:10.1111/jcpe.12320.
- Thomson Murray W. (2013) *Journal of Gerodontology: Epidemiology of oral health conditions in older people*. Vol 31, s1, pag 9-16, February DOI: 10.1111/ger.12085
- Tirth A., Kumar P., S., Tandon V. (2012) *Indian Journal of Gerontology: Older People Need Dental Care Too* Vol. 26, No. 4, pp. 441–450
- Vaccarezza, G. F., Ferreira Antunes, J. L. and Michaluart-Júnior, P. (2010), Recurrent sores by ill-fitting dentures and intra-oral squamous cell carcinoma in smokers. *Journal of Public Health Dentistry*, 70: 52–57. doi: 10.1111/j.1752-7325.2009.00143.x
- Volpato, C. A. M., Garbelotto, L. G. D., Zani, I. M., e Vasconcellos, D. K. (2012). *Próteses Odontológicas: Uma visão contemporânea – Fundamentos e Procedimentos*. São Paulo, Brasil: Santos.

